

LUCIANA HAMMES DE SOUZA

**PERCEPÇÕES DE PACIENTES COM CÂNCER QUANTO AO
CONHECIMENTO E REVELAÇÃO DESTE DIAGNÓSTICO**

**Trabalho apresentado à
Universidade Federal de Santa Catarina,
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2004**

LUCIANA HAMMES DE SOUZA

**PERCEPÇÕES DE PACIENTES COM CÂNCER QUANTO AO
CONHECIMENTO E REVELAÇÃO DESTE DIAGNÓSTICO**

**Trabalho apresentado à
Universidade Federal de Santa Catarina,
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Professora Orientadora: Prof^a. Dra. Letícia Maria Furlanetto

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2004**

*Dedico este trabalho a Deus,
que me deu capacidade e paz para
realizá-lo.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, pela boa educação que me deram, pelo incentivo aos estudos, pelo apoio sempre presente, exemplos de vida, dedicação e amor que durarão para sempre. Ao meu pai, Antônio, pela revisão deste trabalho e pela ajuda em praticamente todos outros que realizei. À minha mãe, Márcia, por sua amizade e companheirismo.

A toda minha grande família: irmãos, cunhados, sogros, sobrinhos, tios e primos, grandes incentivadores de minha caminhada. Principalmente a Isabel Cristina, pela ajuda na digitação e a Alessandra pela revisão cuidadosa. Ao Vicente por me mostrar que as coisas podem ser mais simples do que são e aos demais sobrinhos por me proporcionarem momentos de alegria e descontração em meio ao trabalho.

Ao meu marido, Alexandre, minha metade, por sua compreensão e carinho durante a elaboração deste trabalho, fonte de amor, paciência e bondade em todas as situações.

À minha orientadora, professora e amiga, Dra. Leticia Maria Furlanetto, que me emprestou um sonho, me despertou para este tema de estudo e esteve sempre presente para me auxiliar. Pelo seu exemplo de seriedade, competência, amor à medicina e respeito aos pacientes. Por me ensinar muito da arte da medicina, que não se encontra nos livros. Pela sua amizade e humildade. Minha eterna gratidão.

Aos meus amigos que longe ou perto contribuíram e me incentivaram a realizar este trabalho: Fabrícia, Anelise e Jaime.

À minha amiga Sheila, companheira em todo este trabalho, por dividir comigo angústias e alegrias, pela ajuda e pelo ânimo, serei sempre grata.

Aos médicos da clínica cirúrgica e hematologia, que consentiram com a realização desta pesquisa com seus pacientes, em especial ao Dr. Damerau, Dr. Gerent e Dra. Joanita. Aos residentes com quem discuti este trabalho e me mostraram um outro lado do assunto.

Aos funcionários do Hospital Universitário que contribuíram na realização deste: da biblioteca, SAME e enfermagem. Em especial à enfermeira Michelinini sempre disposta a ajudar.

Aos membros do LETH (Laboratório de Estudos dos Transtornos do Humor) que muitas vezes me ouviram falar desta pesquisa e deram contribuições valiosas.

Aos pacientes que participaram deste trabalho, alguns já falecidos, que me permitiram, mesmo em meio ao sofrimento, conhecer suas experiências e aprender com elas.

RESUMO

Objetivo: Verificar o conhecimento de pacientes com câncer quanto a sua condição e analisar suas percepções quanto à revelação deste diagnóstico.

Método: Trata-se de um estudo qualitativo com 23 pacientes com câncer internados na Clínica Cirúrgica e Hematologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Dados sociodemográficos e sobre o diagnóstico foram colhidos através de entrevista e do prontuário. Foi aplicada uma entrevista semi-estruturada, gravada em fita cassete. As falas dos pacientes foram analisadas utilizando-se a técnica da Análise de Conteúdo.

Resultados: A amostra foi composta por 23 pacientes com câncer, 10 da Hematologia e 13 da Clínica Cirúrgica, com média de idade \pm desvio padrão de $53,74 \pm 14,26$ anos. A maioria com escolaridade de até cinco anos e renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos. Quanto ao diagnóstico de câncer, 52,2% afirmaram ter sido informados, a maioria pelo seu médico e de maneira satisfatória. Dos que não sabiam seu diagnóstico a maioria demonstrou desconfiar da malignidade. No total, 65,2% afirmaram que desejam saber seu diagnóstico e acreditam que o médico deve informar o paciente quanto a doenças malignas. As características importantes para os pacientes no momento da revelação incluem: o paciente saber antes da família, o próprio médico contar, conversando bastante, com sinceridade e transmitindo esperança.

Conclusão: Aproximadamente metade dos pacientes com câncer entrevistados sabe seu diagnóstico. A maioria quer ser informada sobre uma doença maligna e a qualidade e a forma da revelação são importantes para a satisfação dos pacientes quanto a este momento.

Palavras-chave: Diagnóstico; câncer; revelação; percepção.

ABSTRACT

Objective: To verify the awareness of cancer inpatients about their condition and to analyze their perception about the disclosure of their diagnosis.

Method: A qualitative study with 23 cancer inpatients at the Hematology and Surgical Clinic of the University Hospital at the Federal University at Santa Catarina was conducted. Socio-demographic and diagnosis data were collected by interview and from medical charts. Semi-structured interviews were conducted and recorded. The patients' statements were analyzed using the content analysis technique.

Results: The sample was composed of 23 patients with cancer, 10 in hematology and 13 in the surgical wards with a mean age \pm standard deviation of 53.74 ± 14.26 years. The majority had up to five years of education and a family income between 1 and 2 minimum salaries. Concerning the cancer diagnosis, 52.2% said that they were informed, the majority by their doctor and in a satisfactory manner. Of those who were not aware of their diagnosis, most suspected of malignancy. A total of 65.2% indicated their desire to know their diagnosis and believed that the doctor should inform the patient when the disease is malignant. Important characteristics of disclosure to the patients include: that the patient knew before the family, and that the doctor personally provided the information, with sufficient time, in an honest manner and never withdrew the patient's hope.

Conclusion: Approximately half of the interviewed cancer inpatients are aware of their diagnosis. Most want to be informed of a malignant disease and the quality and form of disclosure are important for the patients' satisfaction.

Key words: Diagnosis; cancer; disclosure; perception.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
SUMÁRIO	vii
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	4
3 METODOLOGIA	5
3.1 Desenho	5
3.2 Local	5
3.3 Amostra	5
3.4 Procedimentos	6
3.5 Variáveis	6
3.5.1 Sociodemográficas	6
3.5.2 Referentes ao diagnóstico	7
3.6 Análise	7
3.7 Aspectos éticos	8
4 RESULTADOS	9
4.1 Descrição da amostra	9
4.2 Descrição dos resultados das entrevistas por Análise de Conteúdo	11
4.2.1 O conhecimento do diagnóstico	12
4.2.1.1 O que sabem os pacientes	12
4.2.1.2 Desejo dos pacientes	13
4.2.2 A revelação do diagnóstico	14
4.2.2.1 Forma da revelação	14
4.2.2.2 Satisfação quanto à revelação	16
4.2.2.3 Reações imediatas à revelação	17
4.2.2.4 Sugestões quanto à revelação	18

5 DISCUSSÃO	21
6 CONCLUSÕES	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
NORMAS ADOTADAS	28
ANEXO	29

1 INTRODUÇÃO

Quando um paciente procura o médico, o problema principal é a necessidade de um nome para sua doença, um diagnóstico. Só depois é que vem o interesse pelo tratamento e pelo prognóstico.¹ Esta ordem de importância é quase sempre crucial na relação médico-paciente. A falta de um diagnóstico definido pode levar o paciente à irritação, desapontamento e insegurança.

A atitude dos médicos frente à comunicação do diagnóstico é variável, podendo ir de uma simples palavra ou frase, à descrição e explicação detalhada de uma condição em particular.² Observam-se posturas apaixonadas entre dizer ou não a verdade ao paciente, principalmente quando se trata de doenças graves, com prognóstico ruim, ou de morte iminente, como alguns tipos de câncer.

A palavra câncer, segundo o dicionário médico Stedman, é um *“termo genérico freqüentemente utilizado para indicar qualquer dos diversos tipos de neoplasias malignas, principalmente as que invadem os tecidos vizinhos, podem metastatizar para diversos locais e recidivar depois de uma tentativa de remissão.”*³

Há os que acreditam que o fato do paciente saber que tem câncer pode afetar o tratamento, levar a estresse, a problemas psiquiátricos - como ansiedade e depressão - ou ao suicídio. Hosaka *et al*,⁴ porém, concluíram não haver diferença estatística na presença de transtornos psiquiátricos entre os pacientes que sabiam e os que não sabiam ter câncer. Outro artigo demonstrou maior nível de ansiedade, tensão e tendência suicida em pacientes que não sabiam seu diagnóstico.⁵ E ainda, um trabalho australiano verificou que a maior quantidade de informação recebida não estava relacionada a maiores níveis de ansiedade, e, pelo contrário, sugeriu que a falta de informação pode aumentá-los.⁶

Uma vantagem da revelação do diagnóstico de câncer foi levantada por Lin⁷ em um estudo realizado no Japão com pacientes oncológicos com dor. O autor mostrou que os pacientes informados do seu diagnóstico sentem menos dor, têm menor interferência da dor na sua vida diária e apresentam maior nível de satisfação com o manejo da dor.⁷ Outra vantagem foi levantada em um artigo de 2003 onde os pacientes informados apresentaram níveis mais altos de esperança do que os não informados.⁸

A preocupação vai além de saber se o paciente foi informado sobre o câncer, considerando também sua satisfação com as informações recebidas. Um estudo mostrou que ser ou não informado, não alterou significativamente a qualidade de vida dos pacientes, porém, a satisfação com a informação recebida se relacionou à melhor qualidade de vida.⁹ Por isso, a importância do médico conhecer seu paciente para informá-lo conforme este deseja. Silva¹⁰ afirma que não só a honestidade é importante no momento da revelação do diagnóstico, como também sensibilidade por parte do médico para não enganar o paciente e não lhe retirar as esperanças.

Alguns autores argumentam que os pacientes têm o direito moral e legal de saber a verdade sobre a sua doença, seguindo o princípio bioético da autonomia, e que isto é fundamental para o paciente tomar decisões em relação ao seu tratamento.¹¹ Contar sempre a verdade, porém, em alguns casos pode ferir outro princípio clássico da medicina, o *primum non nocere* (em latim, que significa: primeiramente não fazer mal), pois nem todos os pacientes querem saber os detalhes sobre sua doença.¹²

A revelação do diagnóstico de câncer apresenta-se como um dos assuntos mais controversos na oncologia clínica e é motivo de estudo em vários países.^{4, 5, 13-16} Atualmente nos Estados Unidos, Austrália, Japão e muitos países da Europa há uma tendência em se contar o diagnóstico aos pacientes que têm câncer. Já na América Latina e África, países com menos recursos financeiros, não há tantos trabalhos sobre o assunto. Harris *et al*¹⁵ verificaram que na Tanzânia muitos médicos não revelam o diagnóstico e relacionaram isto a questões culturais e econômicas.

Artigos publicados internacionalmente demonstraram que a taxa de informação do diagnóstico de câncer varia de 37,7% a 79%.^{4, 5, 7-9, 14, 16, 17} Contudo os mais recentes encontraram índices maiores – 63,2 a 79%.^{8, 14, 16} Percebe-se que pacientes idosos^{7, 9, 14, 16} e com menor nível de escolaridade⁷ tendem a ser menos informados.

Um estudo clássico que abordou a questão sob o ponto de vista do paciente, revelou que: nenhum paciente criticou o médico por sua franqueza; e sim, criticaram os médicos que não deram nenhuma esperança ou o informaram sadicamente sobre a natureza da doença; muitos pacientes disseram que o médico deveria revelar o diagnóstico gradualmente; e que o pessimismo do médico em relação ao prognóstico aumentava a ansiedade do paciente e tornava-o agressivo em relação ao médico.¹⁸

No Brasil não há muitos artigos publicados a esse respeito. Em uma revisão na base de dados Lilacs (que indexa a literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, a partir de 1982), utilizando os termos *câncer*, *diagnóstico*, *revelação* e *percepção*, encontraram-se apenas dois artigos brasileiros. Pan Chacon *et al*¹⁹ entrevistaram médicos e leigos a cerca deste assunto, mostraram que os médicos escolhem para quem contar o diagnóstico baseados em questões subjetivas, mas quanto à hipótese de eles próprios terem câncer, desejariam ser sempre informados. Quanto aos sujeitos leigos concluíram que entre 80 e 90% desejariam saber toda a verdade se tivessem câncer, com clareza, pelo médico e na presença da família.¹⁹ Haddad *et al*²⁰ em um estudo realizado com pacientes internados em um hospital especializado em câncer, encontraram uma taxa de conhecimento do diagnóstico de 36%.

Uma dissertação de mestrado com uma amostra de pacientes oncológicos do Rio Grande do Sul,²¹ mostrou que a maioria dos pacientes foi favorável à situação do médico transmitir a verdade diagnóstica ao paciente, mas que, também, o médico deveria ponderar a necessidade desta comunicação conforme as condições psicológicas do paciente. Segundo esta pesquisa, a comunicação do diagnóstico deve ocorrer o mais breve possível e os pacientes acreditam ser prejudicial quando o médico informa que a doença é terminal.²¹

Uma vez que a cultura influencia de maneira importante a relação médico-paciente quanto à revelação do diagnóstico,²² torna-se fundamental ter mais estudos brasileiros, no intuito de se melhorar o conhecimento desta questão no âmbito local.

2 OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivos verificar o conhecimento de pacientes com câncer quanto a sua condição e analisar suas percepções quanto à revelação deste diagnóstico. Mais especificamente pretende responder as seguintes perguntas acerca destes pacientes:

- 1- Os pacientes sabem seu diagnóstico?
- 2- Se sabem, de que forma ficaram sabendo? Gostaram da maneira como foram informados?
- 3- Os pacientes querem saber? Como?

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho

No intuito de alcançar os objetivos propostos, utilizou-se predominantemente uma abordagem qualitativa. A escolha pela pesquisa qualitativa deu-se pelo fato desta procurar conhecer uma realidade que não pode ser quantificada, trabalhando com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, analisando mais profundamente as relações, processos e fenômenos.²³

Com o objetivo de facilitar a interpretação, algumas questões puderam ser examinadas quantitativamente e sofreram análise estatística descritiva, pois segundo Bardin:²⁴ *“a análise qualitativa não rejeita toda e qualquer forma de quantificação”*.

3.2 Local

Este estudo foi realizado nas Enfermarias de Clínica Médica (leitos da Hematologia) e de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, HU-UFSC.

3.3 Amostra

A amostra foi do tipo intencional, composta de 23 pacientes adultos, com diagnóstico confirmado de câncer, internados na Clínica Cirúrgica (N = 13) e Hematologia (N = 10) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), no período de agosto a novembro de 2003.

O número de sujeitos é justificado pelo fato de na pesquisa qualitativa o critério de escolha da amostra não ser numérico. A amostra ideal, segundo Minayo²³ é *“aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões”*. Geralmente decide-se a amostra intencionalmente,²⁵ atentando para alguns critérios ou condições:^{23, 25}

1. privilegiar sujeitos que detêm atributos a serem conhecidos, segundo o ponto de vista do investigador;
2. ser em número suficiente para permitir reincidência de informações (critério de saturação), sem desprezar informações ímpares importantes;
3. ter homogeneidade em relação aos atributos, mas diversidade para captar semelhanças e diferenças;
4. procurar conter o conjunto de experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa;
5. ter facilidade para se encontrar as pessoas;
6. ter tempo para as entrevistas.

Assim, os pacientes com as características acima citadas foram consecutivamente entrevistados, excluindo-se aqueles com impossibilidade física (como surdez, afasia e dispnéia intensa), prejuízo cognitivo, que recusaram participar ou que não podiam ser entrevistados no momento (com visitas, realizando procedimentos ou licença hospitalar). Encerraram-se as entrevistas quando se atingiu o “critério de saturação” e a amostra apresentou o conjunto de informações a serem objetivados.

3.4 Procedimentos

Os pacientes foram convidados a participar do estudo, após esclarecimento por parte das assistentes de pesquisa. Os indivíduos foram esclarecidos sobre os objetivos e a natureza do estudo através da leitura do “consentimento livre e informado”, sendo entrevistados aqueles indivíduos que o assinaram.

3.5 Variáveis

3.5.1 Sociodemográficas

Foram coletadas as variáveis sociodemográficas constantes na “ficha de coleta de dados” (anexo).

3.5.2 Referentes ao diagnóstico

Primeiramente foi coletado o diagnóstico do paciente de seu prontuário. Em seguida, aplicou-se uma entrevista semi-estruturada conforme questionário presente no anexo, com perguntas referentes ao conhecimento por parte do paciente do seu diagnóstico. As entrevistas foram gravadas em fita cassete e transcritas literalmente para análise posterior. Também se procurou perceber e anotar algumas expressões não verbais dos pacientes frente às perguntas para melhor interpretação dos dados. As entrevistas foram realizadas sempre pela própria autora, junto ao leito dos pacientes, preferencialmente sem a presença de visitantes, ou em privativo, se estes desejassem (quando estavam em quartos coletivos), e tiveram duração de 15 a 30 minutos.

3.6 Análise

As entrevistas foram analisadas com auxílio do método de Análise de Conteúdo (AC), que é uma técnica comumente usada para tratar os dados de pesquisa qualitativa. A AC é *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.”*²⁴

Usou-se a Análise de Conteúdo Temática, que é uma das técnicas mais adequadas para investigação qualitativa em saúde.²³ *“A análise temática consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.”*²³

Foram seguidas, neste trabalho, as fases da análise de conteúdo temática descritas por Bardin²⁴, que organiza a metodologia da seguinte forma:

- 1) pré-análise;
- 2) exploração do material;
- 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A **pré-análise** começa com uma *leitura flutuante* dos documentos, donde podem surgir intuições que permitem formular hipóteses provisórias. Em seguida, dá-se o que Bardin²⁴ chama de *constituição de um corpus*, ou seja, a escolha do conjunto de documentos levados em conta para serem analisados. É feita também, nesta etapa, a *formulação de hipóteses e objetivos*. Assim, pode-se proceder a *referenciação dos índices e elaboração dos*

indicadores, sendo que por índice se entende a informação procurada nos documentos, e por indicadores, dados que emergem do texto (subjetivo).

Na **exploração do material** ocorre a análise propriamente dita. Faz-se o *recorte* do texto em unidades comparáveis (unidades de registro), a *codificação* (que inclui a *enumeração* das unidades de registro e a *agregação* das mesmas) e a *categorização* (que é a separação por classes que reúnem um grupo de elementos com características comuns sob um título genérico). Com estas etapas consegue-se fornecer uma representação simplificada dos dados brutos.

O **tratamento dos resultados** obtidos é realizado com operações estatísticas (porcentagens ou análise fatorial), síntese e seleção dos resultados e depois, finalmente, pode-se propôr **inferências** e adiantar **interpretações** a propósito dos objetivos previstos ou de outros dados inesperados.

Para a análise descritiva dos dados quantitativos foram empregados frequências, porcentagens, médias e desvios padrões. Utilizou-se para a análise estatística o programa SPSS 10.0 para Windows.²⁶

3.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC. Os pacientes foram esclarecidos sobre o estudo, sendo informados que em nada alteraria seu tratamento caso decidissem não participar. Aqueles que concordaram em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Não houve riscos para os participantes, uma vez que não foram feitas intervenções. Também não havia expectativa de benefícios imediatos, contudo, em longo prazo, as informações geradas poderão ser utilizadas para o ensino dos profissionais da saúde para que haja maior preocupação no que diz respeito à comunicação do diagnóstico, o que favorecerá a humanização e a adequação do atendimento aos pacientes.

Todos os dados foram e serão guardados de forma confidencial com a pesquisadora, sendo mantida em sigilo a identidade dos sujeitos.

4 RESULTADOS

4.1 Descrição da amostra

A amostra foi composta por 23 pacientes com câncer, sendo 12 do sexo masculino e 11 do sexo feminino, com média de idade \pm desvio padrão (DP) de $53,74 \pm 14,26$ anos, sendo a mediana de 54 anos, a idade mínima de 26 anos e a máxima de 79 anos. A maioria dos participantes possuía escolaridade média \pm DP de $5,96 \pm 4,43$ anos, 15 eram casados ou mantinham união estável e em média possuíam renda familiar \pm DP de $2,65 \pm 2,40$ salários mínimos. A **Tabela 1** detalha as características sociodemográficas da amostra.

Quanto à especialidade, 10 pacientes (43,5%) eram da hematologia e 13 (56,5%) da clínica cirúrgica (que inclui: cirurgia geral, cabeça e pescoço, proctologia e cirurgia plástica). Os tipos de neoplasias malignas apresentadas pelos pacientes são mostrados na **Tabela 2**. Convém ressaltar também que quatro pacientes (17,4%) encontravam-se em estado avançado da doença (metástases), sete pacientes (30,4%) estavam em tratamento quimioterápico e seis (26,1%) estavam no pós-operatório no momento da entrevista.

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra (N = 23)

Características	N (23)	%
Sexo		
Masculino	12	52,2
Feminino	11	47,8
Idade (anos)		
26 a 64	17	73,9
≥ 65	06	26,1
Estado Civil		
Solteiro (a)	1	4,3
Casado (a)/ união estável	15	65,3
Separado (a)	3	13,0
Viúvo (a)	4	17,4
Escolaridade (anos)		
0	1	4,3
1 a 4	13	56,6
5 a 8	5	21,7
> 8	4	17,4
Renda Familiar (salários mínimos)		
1 a 2	17	74,0
3 a 5	03	13,0
> 5	03	13,0

Tabela 2 – Tipos de neoplasias malignas apresentadas pelos pacientes (N = 23)

Localização	Frequência	%
Hematológica	10	43,5
Trato gastrointestinal	7	30,4
Pele	2	8,7
Cabeça e pescoço	2	8,7
Vias biliares	2	8,7

4.2 Descrição dos resultados das entrevistas por Análise de Conteúdo

As entrevistas com os pacientes foram trabalhadas através da Análise de Conteúdo Temática, classificando-se os dados em duas grandes categorias, com respectivas subcategorias, como mostrado no **Quadro 1**.

Alguns dados serão apresentados quantitativamente para melhor esclarecer os resultados.

Quadro 1 – Categorias de resultados das entrevistas dos pacientes

- | |
|---|
| 1 – Percepções sobre o conhecimento do diagnóstico
1.1 – O que sabem os pacientes
1.2 – Desejo dos pacientes
2 – Percepções sobre a revelação do diagnóstico
2.1 – Forma da revelação
2.2 – Satisfação
2.3 – Reações imediatas
2.4 – Sugestões |
|---|

4.2.1 O conhecimento do diagnóstico

Esta categoria corresponde a um dos objetivos gerais da pesquisa, que visa analisar o conhecimento dos pacientes com câncer acerca do seu diagnóstico. Procurou-se por itens objetivos, assim como subjetivos (através de indicadores). Entende-se aqui conhecimento como a ciência do seu diagnóstico correto (conforme prontuário) incluindo a percepção de malignidade. Não foram citados os nomes dos pacientes e os documentos foram enumerados do paciente 1 (P1) até o paciente 23 (P23).

4.2.1.1 O que sabem os pacientes

Quanto ao diagnóstico de câncer (tumor maligno ou neoplasia maligna), 12 pacientes (52,2%) mostraram estar informados e 11 (48,8%), não.

Dos pacientes que não sabiam seu diagnóstico, 3 informaram um nome para sua doença que não correspondia ao que estava no prontuário (outras doenças) e 4 sabiam o nome correto (ou parcialmente) mas demonstraram desconhecer que se tratava de uma doença maligna.

“É uma doença assim... não é câncer... é um tumor, né?” (P 14)

“Eu tenho um tumor, só que não é maligno.” (P 15)

“...um tumor, que não era maligno, um tumor gorduroso.” (P 2)

Dos 11 pacientes não informados sobre seu diagnóstico, 8 deixaram transparecer que desconfiavam (ou intimamente sabiam) de algo mais grave ou maligno, conforme os exemplos das falas abaixo.

“Querida, disseram que me operaram de um tumor. Agora, no final das contas, eu não sei te dizer o que foi... só a medicina é que sabe.” (P 2)

“Ela (a filha) não queria dizer pra mim aí eu disse: se for câncer eu sou do signo de câncer, eu tenho mais força que o câncer (risos).” (P 4)

“...disse pra mim (o médico) que não era grave, eu acho que é verdade, né? (...) Vocês acham que é, que é câncer?” (P 5)

“Os filhos sabem, mas não contam, pra mim não ficar nervosa de certo, né? (...) Porque eu reajo a mesma coisa. Se disser: a sra tem uma doença ruim, Deus é quem sabe, tô certa?” (P10)

4.2.1.2 Desejo dos pacientes

Do total de pacientes entrevistados, 15 (65,2%) afirmaram que queriam saber seu diagnóstico.

“Pode ser um tumor, um câncer, pode ser outra coisa, mas ele vai dizer a verdade depois da cirurgia.” (P4)

“Eu quero saber tudo direitinho, pra ver o que é, claro.” (P8)

“Ah, eu na hora de sair gostaria de saber pra eu poder cuidar da minha saúde.” (P10)

“Meu filho, eu disse pra ele, conta a verdade, a gente nunca teve segredo e tu sabes que eu não tenho medo dessas coisas.” (P18)

“Tem gente que não pode saber que tem isso, tem medo de morrer. Mas eu disse: eu quero saber. E ele contou.” (P20)

“Eu queria saber, porque eu tenho que me preparar... decidir se eu conto pra família (chora).” (P23)

Dois entrevistados disseram que não queriam saber o diagnóstico e um afirmou ser indiferente (exemplos abaixo). Cinco não deixaram claro se queriam realmente saber.

“Se o negócio é grave, por favor não me digam! ...porque se contar, como é que fica, né? Eu não quero viver mais, eu prefiro não saber e continuar e morrer a hora que Deus quiser levar, mas eu não quero saber disso, não quero mesmo.” (P2)

“Pra mim não interessa (a doença que tem) (...) Se isso aqui for uma coisa ruim ele (o médico) não vai me dizer. É melhor não dizer, só ele que sabe!” (P16)

“Pra mim tanto fazia contar ou não, tinha que operar mesmo.” (P11)

Estes três pacientes estavam na categoria dos que não sabiam seu diagnóstico, porém deixaram transparecer que na verdade o sabiam e pareciam estar negando a doença. Um paciente inclusive, soube-se depois por familiar, havia sido informado corretamente por seu médico mas dizia não saber de sua doença.

4.2.2 A revelação do diagnóstico

Este item engloba os aspectos que surgiram quanto à comunicação do diagnóstico em si, a forma como foi contado, as reações imediatas, se o paciente achou adequado e se sentiu satisfeito. Também, lista os aspectos encontrados como importantes, segundo a opinião dos pacientes, para a revelação deste tipo de diagnóstico.

4.2.2.1 Forma da revelação

Dos 12 pacientes informados, oito ficaram sabendo pelo seu médico e quatro por um familiar.

Quanto aos aspectos citados sobre o momento da revelação, dois pacientes acharam que receberam o diagnóstico de uma maneira abrupta (inesperada).

“O meu marido no telefone: o quê? Ela tá com leucemia?” (P6)

“Ele disse (o médico): a senhora não sabe o que tem? Eu disse: não, a doutora disse que o senhor ia me explicar, e ele disse: a senhora tem câncer. Foi essa maneira assim... assim foram as palavras dele...” (P9)

Alguns aspectos apareceram como mais importantes para os pacientes quando estes receberam o diagnóstico, estando relacionados à satisfação e serão listados na **Tabela 3** juntamente com a frequência de pacientes que os citaram para melhor entendimento.

Tabela 3 – Comportamentos considerados importantes pelos pacientes durante a revelação do diagnóstico (N = 12)

Aspectos	Frequência
Agir com sinceridade	6
Dar esperança	5
O próprio médico contar	4
Explicar tudo	4
Contar inclusive prognóstico ruim	3
Falar sem pressa	2
Conversar em particular	2
Falar de maneira delicada	2

As falas ajudam a visualizar a importância desses aspectos para os pacientes:

“Só o que eu gravei foi que o médico disse que eu tinha todas as chances. Ele foi no quarto, me pegou, botou uma cadeira pra mim, ele sentou na minha frente e me explicou tudo direitinho. As chances que eu tinha, que eu não tinha.(...) me deu mais esperança, porque o fato dele estar abrindo o jogo pra mim, eu sei que ele não escondeu nada, então ali eu estava ciente de tudo que ia acontecer comigo.” (P1)

“Ele me explicou tudo direitinho, tim-tim por tim-tim, como se diz, né?Ele contou a verdade, mas de uma maneira delicada. Ele disse: não se preocupa, que pra tudo tem remédio.” (P9)

“Eles me chamaram (os médicos) e disseram é assim, assim, nós vamos fazer isso e aquilo. (...) falaram o que era, a gravidade do problema. Eles abriram o jogo, foram sinceros, profissionais.” (P13)

“Ele foi bem sincero. Conversou comigo, me deu força, esperança.” (P17)

“O médico falou na lata. Foi bom porque ele não me escondeu nada. E ele me deu força, disse que ia lutar junto comigo.” (P23)

Convém saber que o intervalo de tempo entre a revelação do diagnóstico e o momento da entrevista variou de um mínimo de um dia a um máximo de 6 anos, sendo a mediana de 6,5 meses.

4.2.2.2 Satisfação quanto à revelação

Entre os pacientes que tinham conhecimento de sua doença, oito (66,7%) demonstraram ter gostado da maneira como foram informados, sendo que quatro mostraram-se muito satisfeitos em relação ao seu médico.

“Ele foi ótimo nessa parte, sabe?(...) Eu achei isso interessante e bonito da parte dele.” (P1)

“Me chamaram e contaram tudo... fizeram bem como deveria. (...) Foi um tratamento nota 10. O relacionamento médico-paciente... oh! Coisa de primeiro mundo!” (P13)

“Eu amei a maneira com o doutor falou. (...) Ele me explicou tudo, mas assim do jeitinho dele. (...) Ele tem tudo o que a gente sonha ter num médico.” (P9)

Apenas dois pacientes não gostaram da maneira de como souberam de seu diagnóstico, ambos devido à maneira brusca e sem preparo com que ficaram sabendo.

“Infelizmente ele não teve sorte em me transmitir, foi muito grosseiro.” (P9)

Esta última paciente (P9) acabou encaixando-se em duas interpretações diferentes para as mesmas perguntas pois soube seu diagnóstico primeiramente por um médico (não no HU) de uma maneira que considerou “grosseira” e depois no HU teve melhor entendimento sobre sua doença, de uma forma que se sentiu satisfeita.

Três pacientes mostraram insatisfação quanto ao médico que lhe transmitiu o diagnóstico. A paciente acima, por ter recebido a notícia bruscamente, e outras duas, por quererem saber mais sobre a sua doença (prognóstico ou tratamento) e não se sentirem informadas.

“Gostaria que ele dissesse: você tem isso, isso e aquilo, nós vamos fazer isso, vamos ver se vai dar certo, que não é garantido... Porque eu já li que não tem cura, como é que ele diz que tem?” (P6)

“Vem o médico e diz que eu vou ficar boa. Mas eu tô esperando e não fazem a cirurgia. Então eu não entendo: de um lado dizem que eu tenho que fazer rápido, de outro dizem pra esperar na fila de espera.” (P22)

4.2.2.3 Reações imediatas à revelação

Neste item apresentam-se as reações psicológicas dos pacientes após serem informados que tinham câncer. As reações expressas pelos pacientes durante as entrevistas foram listadas na **Tabela 4**, juntamente com suas frequências. Alguns pacientes demonstraram tipos de reações diferentes (choque e aceitação, por exemplo), mas explicam que uma se seguiu à outra.

Tabela 4 – Reações ao diagnóstico (N = 12)

Reação	Frequência
Choque	5
Aceitação	4
Tristeza	3
Otimismo	3
Preocupação	2
Desespero	2
Pensamentos quanto à morte	2
Raiva	1
Alívio	1
Tranquilidade	1

“Quando ele me contou eu fiquei chocado, sem ação, né... eu só pensei que a minha vida tinha terminado ali. (...) Eu sabia que tinha outro tipo de doença, e quando ele veio e falou pra mim eu fiquei mais aliviado, antes assim eu tava mais agoniado.” (P1)

“A minha reação não foi de desespero, com a graça de Deus. Eu disse pra ela (esposa): te acalma vai dar tudo certo. (...) Preocupado eu fiquei um pouco, mas não deu desespero.” (P3)

“Mas eu até que aceitei. Quer dizer, na hora bateu o desespero, mas depois... Fazer o que, não adianta, né?(...) Foi aquele impacto na hora, mas depois fiquei pensando, não adianta, o negócio é enfrentar.” (P6)

“Na hora eu entrei em pânico, balançou a estrutura, senti o chão desaparecer. Depois assentou a poeira. Encarei a realidade, vi que a coisa é por aí mesmo.” (P13)

“Ah... Fiquei desesperado. Primeiro dá aquele choque. Mas depois o médico disse que tinha cura e eu fiquei com esperança.” (P17)

“Fiquei tranqüilo. Acredita? Pode acreditar. Eu disse: eu vou lutar contra, vou lutar contra.” (P18)

“Na hora fiquei muito sentida, achei que era muito ruim de enfrentar.” (P19)

4.2.2.4 Sugestões quanto à revelação

Aqui se procura englobar a opinião dos pacientes quanto à revelação do diagnóstico de câncer e o que os mesmos disseram ser importantes neste momento. Não exatamente aquilo que aconteceu com eles, mas sugestões de como acham que deveria ser. Inclui-se também opinião dos pacientes que não sabiam seu diagnóstico.

Semelhante ao item 1.2, 15 entrevistados acharam que o médico deve contar o diagnóstico para o paciente. Dois acharam que não, e um foi indiferente. Estas respostas coincidem com a subcategoria citada, mostrando que o desejo destes para si e para os outros se assemelha. Cinco, porém, atentaram que depende da pessoa para se revelar o diagnóstico, mostrando a importância do médico conversar, conhecer seu paciente, e saber o que este quer ouvir:

“Primeiro o médico tem que conhecer seu paciente, conversar com ele, porque não é todo mundo que tá pronto pra ouvir assim, um diagnóstico desses. O médico tem que saber como é seu paciente.” (P17)

“O médico que sabe, né? Porque depende da pessoa, precisa estar preparado pra saber. Tem gente que pode fazer bobagem, né? Tem muita gente assim, então essas o médico deve evitar. Aquele que quer saber, o médico tem que contar. Contar se o paciente quer saber. Tem gente que morre antes, morre de medo, então esse tipo de pessoa deve evitar, né?” (P20)

“Tem pessoa que não tá preparada, tem pessoas que tem aquela coragem, outros não, né?” (P15)

“Eu acho que nem sempre dá pra contar. Cada um é diferente, depende da ocasião. O médico conhece seu paciente, ele sabe se dá pra contar e quando.” (P23)

A **Tabela 5** mostra as características necessárias para a revelação na opinião dos pacientes e suas frequências. Em seguida, exemplos dos discursos dos pacientes.

Tabela 5 – Sugestões dos pacientes para a revelação do diagnóstico
(N = 23)

Característica	Frequência
Conversar bastante	8
Com sinceridade	7
Com o paciente primeiro	7
Com esperança	6
Pelo próprio médico	5
Suavizar a notícia	3
Falar tudo	2

“Não adianta a família toda saber e o paciente não saber, ele fica mais agoniado ainda. (...) O médico mesmo tem que chegar lá e explicar o que é, não deixar outro fazer esse papel.” (P1)

“Eles pegam psicóloga, pegam isso e aquilo pra conversar com o paciente... Tem que conversar bem franco com paciente, ele pode ficar meio contraído no momento, mas em seguida, ele vai dizer, não, o médico me passou uma força.” (P2)

“Tem que chegar pro paciente e falar. O paciente na verdade é que tem que saber. Não deixar a família vir falar. Um médico sendo profissional tem que ter autonomia, dizer pro paciente, tens isso e aquilo, não pode mentir, né? Seja a doença que for.” (P3)

“Os médicos deveriam conversar mais sobre isso com a gente, porque eles não conversam muito, deveriam explicar mais, abrir mais o jogo. Tem que ser sincero. Oh, tu vai viver tanto tempo, se tu não cuidar tu vai...” (P6)

“Quanto mais o médico explica, melhor o paciente se sente.” (P7)

“Deve contar pro paciente mesmo, não tem nada que esconder, hoje em dia acho que não tem mais nada disso, né?” (P8)

“Tem que suavizar. Falar, mas não grosseiramente.” (P9)

“O médico tem que ser sincero. O que for, não pode mentir. Detesto mentira.” (P10)

“A melhor forma é ser sincero para com o paciente, na gravidade do problema, ou não, na solução, o que vão fazer...” (P13)

“É importante sim o médico conversar, conversar bastante.” (P17)

“Não deve enganar ninguém, porque mais cedo ou mais tarde ele vai descobrir.” (P18)

“Acho melhor o médico conversar e a gente saber tudo.” (P19)

5 DISCUSSÃO

Neste estudo 52,2% dos pacientes sabiam do diagnóstico de câncer. Dos que não sabiam, a maioria demonstrou desconfiar de malignidade. Dos pacientes informados a maioria soube pelo seu médico e sentia-se satisfeita com a maneira como soube. Foram citadas como reações mais frequentes ao diagnóstico: aceitação, choque, tristeza, otimismo, preocupação, desespero e pensamentos quanto à morte.

A maioria dos entrevistados afirmou que queria saber seu diagnóstico (65,2%) e achou que o médico deve informar os pacientes sobre doenças malignas. Foi encontrado como características importantes para os pacientes no momento da revelação: o paciente saber antes da família, o próprio médico contar, conversando bastante, com sinceridade e transmitindo esperança. Também foi abordado que alguns pacientes querem saber tudo sobre sua doença, inclusive prognóstico e tratamento. Foi referido também a necessidade do médico conhecer seu paciente para ver quem deve ser informado e como.

A faixa de revelação do diagnóstico para pacientes com câncer presente em estudos mais recentes é de 63,2 a 79%,^{8, 14, 16} sendo maior do que o resultado encontrado neste trabalho. Deve-se ressaltar, porém, que estes estudos apresentaram amostras maiores (N de 106 a 311) e uma abordagem quantitativa. Também, foram realizados em unidades de oncologia ou radioterapia, o que provavelmente implica em maior revelação do diagnóstico.

Caruso *et al*¹⁴ demonstraram que 78% dos pacientes adultos com câncer tinham ciência de seu diagnóstico, sendo que apenas 68% afirmaram ter sido informados sobre sua doença. Assim como o presente trabalho, que encontrou entre os pacientes não informados muitos que desconfiavam ou intimamente sabiam da malignidade de sua doença.

A maioria (65,2%) dos entrevistados neste trabalho manifestou desejo de ser informado quanto à sua doença, o que corrobora um estudo recente¹⁶ com pacientes em radioterapia onde 97% dos que sabiam seu diagnóstico queriam realmente ter sido informados. E também está de acordo com os achados de Lopes,²¹ em um estudo qualitativo (N = 15), de que a maioria dos pacientes (88%) era favorável ao médico transmitir a verdade diagnóstica, porém, neste trabalho a amostra era composta de pacientes terminais e que sabiam seu diagnóstico, o que pode justificar porcentagem maior. Já um estudo realizado com

sujeitos sem câncer, mostrou que entre 80 e 90% desejariam saber toda a verdade se tivessem esta doença.¹⁹

No nosso trabalho, dos pacientes que sabiam seu diagnóstico a maioria (66,7%) foi informada pelo seu médico, esta porcentagem foi um pouco menor do que em outros estudos onde foram os médicos que revelaram o diagnóstico em 92%¹³ e 97%²⁷ das vezes e um pouco maior que a porcentagem apresentada por um artigo brasileiro,²⁰ que foi de 44%.

O resultado do presente trabalho quanto à satisfação dos pacientes em relação à revelação (66,7%) difere de uma pesquisa norueguesa¹³ na qual somente 44% dos informantes estavam satisfeitos. Esta pesquisa, porém, teve um desenho quantitativo e um número elevado de pacientes (N = 497) e 43% dos pacientes foram informados por telefone, carta ou no corredor, em menos de 5 minutos, o que provavelmente contribuiu para este resultado. A porcentagem alta encontrada em nosso estudo é importante pois segundo Annunziata *et al*⁹ a satisfação com a informação recebida está relacionada à melhor qualidade de vida dos pacientes.

As características consideradas importantes pelos pacientes para a revelação do diagnóstico neste trabalho estão de acordo com um estudo clássico que mostrou que os pacientes queriam que o médico revelasse o diagnóstico de maneira franca, sem retirar esperança e gradualmente.¹⁸ Está de acordo também com um trabalho com pacientes terminais que mostra a importância do médico transmitir esperança aos pacientes,²¹ e com outro onde os sujeitos desejariam ser informados pelo médico e com clareza.¹⁹

Quanto às reações psicológicas dos pacientes ao diagnóstico encontraram-se aqui resultados semelhantes aos de um estudo com pacientes com câncer de mama e melanoma,²⁷ no qual as respostas emocionais mais frequentes foram: choque (54%), susto (49%), aceitação (40%) e tristeza (24%). Lopes²¹ também levantou algumas reações importantes em seu trabalho qualitativo como surpresa, susto, angústia, medo, depressão, desespero e terror, além de citar a relação entre câncer e morte estabelecida pelos pacientes. Haddad²⁰ em uma amostra de pacientes oncológicos em São Paulo encontrou como sentimentos mais apresentados pelos pacientes ao conhecer seu diagnóstico: medo, negação e indiferença.

Algumas limitações devem ser colocadas a este estudo. O local de realização do estudo – HU/UFSC – não se trata de um centro de oncologia e não contém uma unidade de internação oncológica, o que diferencia alguns resultados, pois a pesquisa foi realizada com pacientes das Clínicas Cirúrgica e Médica, que não tratam somente de pacientes oncológicos.

Alguns pacientes que afirmaram não saber seu diagnóstico podem ter sido informados por seu médico corretamente, porém não entenderam, não lembram ou estão negando (consciente ou inconscientemente) a sua doença. Desta forma, não se deve interpretar que os pacientes que disseram não saber seu diagnóstico não foram informados por seus médicos.

Isto pode ser entendido em parte porque o termo câncer é estigmatizante em nossa sociedade, sendo percebido na maioria das vezes por pacientes e familiares como se referindo a uma condição grave, associada à dor, tratamentos agressivos e morte. O que não corresponde totalmente à realidade, pois este termo é utilizado para um grupo heterogêneo de doenças, algumas com tratamentos eficientes e bom prognóstico.

O tempo entre a informação do diagnóstico e a entrevista foi variável o que pode estar relacionado a algumas diferenças nos relatos dos pacientes. Pacientes que sabiam há pouco tempo, tinham experiências mais vividas e os que sabiam há mais tempo talvez não lembravam os detalhes (viés das lembranças).

Por tratar-se de um estudo qualitativo, as questões que sofreram análise descritiva não devem ser generalizadas uma vez que o tamanho da amostra é incompatível. Até mesmo a comparação feita com outros estudos quantitativos fica prejudicada. Porém, por ser qualitativo, este trabalho apresentou uma profundidade de conhecimento que não poderia ser alcançada de outra forma.

6 CONCLUSÕES

Dos pacientes com câncer internados na Clínica Cirúrgica e Hematologia do HU/UFSC entrevistados, pode-se inferir que:

1. Aproximadamente metade conhece o seu diagnóstico e entre os que não sabem, a maioria desconfia de malignidade;
2. A maioria dos informados soube pelo seu médico e se sente satisfeita com a forma da revelação;
3. A maioria quer ser informada sobre sua doença, pelo seu médico, antes de seus familiares, conversando bastante, de maneira sincera e transmitindo esperança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Ateneu; 1988.
2. Heath C. The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation. In: Heritage J, editor. Talk at work. Cambridge: Cambridge Univ. Press; 1992.
3. Stedman's Medical Dictionary. Baltimore: Williams & Wilkins; 1990.
4. Hosaka T, Awazu H, Fukunishi I, Okuyama T, Wogan J. Disclosure of true diagnosis in Japanese cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21(3):209-13.
5. Horikawa N, Yamazaki T, Sagawa M, Nagata T. The disclosure of information to cancer patients and its relationship to their mental state in a consultation-liaison psychiatry setting in Japan. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21(5):368-73.
6. Gattellari M, Voigt KJ, Butow PN, Tattersall MH. When the treatment goal is not cure: are cancer patients equipped to make informed decisions? *J Clin Oncol* 2002;20(2):503-13.
7. Lin CC. Disclosure of the cancer diagnosis as it relates to the quality of pain management among patients with cancer pain in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 1999;18(5):331-7.
8. Lin CC, Tsai HF, Chiou JF, Lai YH, Kao CC, Tsou TS. Changes in levels of hope after diagnostic disclosure among Taiwanese patients with cancer. *Cancer Nurs* 2003;26(2):155-60.
9. Annunziata MA, Foladore S, Magri MD, Crivellari D, Feltrin A, Bidoli E, et al. Does the information level of cancer patients correlate with quality of life? A prospective study. *Tumori* 1998;84(6):619-23.
10. Silva CN. Dialogando sobre doenças terminais. *Arquivos brasileiros de Medicina* 1996;70(10):516-24.
11. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995;13(9):2449-56.
12. Schofield PE, Beeney LJ, Thompson JF, Butow PN, Tattersall MH, Dunn SM. Hearing the bad news of a cancer diagnosis: the Australian melanoma patient's perspective. *Ann Oncol* 2001;12(3):365-71.

13. Loge JH, Kaasa S, Hytten K. Disclosing the cancer diagnosis: the patients' experiences. *Eur J Cancer* 1997;33(6):878-82.
14. Caruso A, Di Francesco B, Pugliese P, Cinanni V, Corlito A. Information and awareness of diagnosis and progression of cancer in adult and elderly cancer patients. *Tumori* 2000;86(3):199-203.
15. Harris JJ, Shao J, Sugarman J. Disclosure of cancer diagnosis and prognosis in Northern Tanzania. *Soc Sci Med* 2003;56(5):905-13.
16. Phungrassami T, Sriplung H, Roka A, Mintrasak E, Peerawong T, Aegem U. Disclosure of a cancer diagnosis in Thai patients treated with radiotherapy. *Soc Sci Med* 2003;57(9):1675-82.
17. Seo Y. A preliminary study on the emotional distress of patients with terminal-stage cancer: a questionnaire survey of 1380 bereaved families over a 12-year period. *Jpn J Clin Oncol* 1997;27(2):80-3.
18. Ach   KA, Vauhkonen ML. Cancer and the Psyche. *Omega* 1971;2:46-56.
19. Pan Chacon J, Kobata CM, Liberman SPC. A mentira piedosa para o canceroso. *Rev Assoc Med Bras* 1995;41(4):274-6.
20. Haddad MCL, Vannuchi MTO. Avalia  o dos conhecimentos, percepções e sentimentos dos pacientes oncológicos com relação   sua doença e equipe de saúde. *Rev Esc Enf USP* 1993;27(2):199-213.
21. Lopes V. Paciente oncológico "Fora de possibilidades terapêuticas": comunicações dolorosas e conduta médica [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
22. Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol* 2002;20(8):2189-96.
23. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1999.
24. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
25. Trivi   os ANB. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
26. Norusis M. SPSS/PC 10.0 Base Manual. Chicago: SPSS Inc.; 2000.

27. Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, Griffin AM, Dunn SM, Tattersall MH. When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. *Cancer* 1996;77(12):2630-7.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão de curso de graduação em Medicina, resolução n° 001/2001, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina em 05 de julho de 2001.

ANEXO

FICHA DE COLETA DE DADOS

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E HISTÓRICO PESSOAL:

(Data...../...../.....)

- 01- Nome:..... Telefone (....).....Prontuário nº.....Leito.....
- 02- Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem. Data internação:
- 03- Idade:..... Data do Nasc.: /..... /.....
- 04- Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado/Amasiado ☐ Viúvo ☐ Separado/Divorciado
- 05- Religião:..... Praticante? ☐ Não ☐ Sim
- 06- Filhos: ☐ Sim ☐ Não Quantos:.....
- 07- Mora sozinho? ☐ Não ☐ Sim
- 08- Escolaridade (concluída): ☐ Primário ☐ Ginásio ☐ Secundário ☐ Superior ☐ Pós-Graduação. Anos de estudo:.....
- 09- Profissão:.....
- 10- Aposentado? ☐ Não ☐ Sim Há quanto tempo:.....
- 11- Renda Familiar (SM):.....
- 12- Diagnóstico descrito no prontuário
- 13 – Pós operatório?
- 14 – Em quimioterapia?.....

REFERENTE AO DIAGNÓSTICO:

Você sabe seu diagnóstico (nome da sua doença)?

Se não para pergunta 1:

Você gostaria de saber?

Como você gostaria de saber?

Se sim para pergunta 1:

Qual é seu diagnóstico?

Há quanto tempo você sabe?

Como você ficou sabendo?

Como você se sentiu depois de saber o diagnóstico?

Você tem alguma sugestão de como o diagnóstico deveria ser dado?